

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

1941

THÈSE

N°

172

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MALBREIL (Jean)

Né le 16 Mai 1913, à Montauban (Tarn-et-Garonne)

MANIFESTATIONS PSYCHIQUES
AU COURS DE LA MALADIE DE BASEDOW

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
MALBREIL (Jean)

Né le 16 Mai 1913, à Montauban (Tarn-et-Garonne)

MANIFESTATIONS PSYCHIQUES
AU COURS DE LA MALADIE DE BASEDOW

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91
1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 ROBERT DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LEVY-VALENSI.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.

Clinique médicale.....

FIESSINGER.
 LOEPER
 RATHERY.
 LEREBoulLET.
 NOBECOURT.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

LAIGNEL-LAVASTINE.

Clinique chirurgicale.....

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO
 GOSSET
 GREGOIRE
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie

Clinique thérapeutique médicale.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

Clinique de la Tuberculose.....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte

Clinique cardiologique

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance Médico-Sociale.....

OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMATRE.
 PIERRE DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.

MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...

Professeurs sans chaire.....

HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAITRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MENÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UT/II.
 Médecine légale..... PIÉDELÉVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Cliniqu médica	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE ET A MA MERE

A MES FRERES

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES

A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES

AUX ARMEES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TROUBLES MENTAUX, HYPERTHYROIDIE BASEDOWISME

L'état mental des Basedowiens a fait, depuis quelques années seulement, l'objet d'études plus poussées que celles que l'on avait consacré à cet aspect du problème au cours des années 1910 à 1935. En effet, nous pouvons constater en parcourant les grands traités classiques que si l'on parle quelquefois du « nervosisme » particulier des porteurs de goitre exophtalmique, la complication due aux troubles mentaux n'est jamais envisagée.

Cependant déjà des cas avaient, de longue date, été signalés, de psychoses, d'hallucinations, au cours de la maladie de Basedow. TAUBMANN en avait, dès 1903 étudié les états psychiques et les vésanies, FAVRE avait consacré sa thèse (Toulouse) en 1905 aux troubles mentaux du goitre exophtalmique. A leur suite, BORIANNE reprenait en 1908 les observations publiées par PERRIN et BLUM à Nancy, concernant des hallucinations au cours du Basedow. PARHON et MARBE consacraient dans l'*Encéphale* de 1906 une revue d'ensemble à l'étude des troubles mentaux de la maladie

de Basedow. DENY et MERKLEN signalaient dans la même revue en 1909 la coexistence d'un goitre exophtalmique et d'une psychose maniaque dépressive. HALBERSTADT fait en 1912 dans la *Revue Neurologique* une distinction entre les troubles mentaux du goitre exophtalmique classique et ceux des états basedo-woïdes. ARSIMOLES et LEGRAND reprennent la question à propos d'une observation, dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1914, et la Guerre vient interrompre ou mettre en veilleuse tous les travaux de ce genre. Dans l'intervalle « entre deux guerres » quelques observations sont venu confirmer les relations susceptibles d'exister entre certaines catégories de troubles mentaux, et les états d'hyperthyroïdie, les syndromes basedowiens ou parabasedowiens.

Nous devons d'ailleurs reconnaître que, quels que soient les efforts des différents auteurs qui se sont occupés de la question, celle-ci reste encore assez obscure. On a cherché à élargir le cadre des troubles mentaux en rapport avec l'hyperthyroïdie, d'une manière trop large à notre sens. COSSA et SASSI ont tenté d'isoler des formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie, CAHANE et CAHANE ont recherché les tests d'hyperfonction thyroïdienne dans des cas de psychoses affectives, les retrouvant dans 40 pour 100 de leurs sujets. WELTI, BARUK et Y. MATHEY se sont efforcés de distinguer, parmi tous les faits observés, trois ordres de syndromes nettement différenciables :

- 1) Les troubles nerveux et mentaux, au cours de l'évolution de la maladie de Basedow typique.

2) Les troubles nerveux et mentaux survenant chez des malades porteurs de goîtres non basedowiens.

3) Les névroses et psychoses réalisant de faux syndromes de Basedow, en dehors de tout goitre, notamment les névroses et psychoses tachycardiques.

Nous négligerons volontairement les névroses et psychoses faisant l'objet du troisième point de cette classification, parce qu'échappant à notre cadre, malheureusement limité, et comme s'écartant par trop des cas cliniques que nous voulons exposer.

Nous rapporterons d'abord pour chacun des deux premiers points l'ensemble des caractères cliniques et psychologiques des névroses et psychoses attachées au syndrome basedowien complet, ou fruste, ou aux syndromes parabasedowiens. Nous verrons par les cas cliniques que nous rapportons quelle peut être l'évolution de ces syndromes psycho-pathologiques, et nous nous efforcerons d'en tirer les conclusions que nous aura dictée notre jeune expérience, faite de l'enseignement de nos Maîtres, et de ce que Montaigne appelait « le bon sens qui sait mieux que tout, et fait mieux que tous ».

TROUBLES NERVEUX ET MENTAUX PROPRES AU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Il est assez paradoxal d'écrire que l'épreuve du traitement, c'est-à-dire la thyroïdectomie, permet seule de bien mettre en évidence la nature des troubles nerveux et mentaux de la maladie de Basedow, bien qu'ils aient des caractères cliniques très précis.

Au premier degré, nous enregistrons les modifications psychologiques des basedowiens. Pour reprendre une expression de WELTI : « ces malades ont tous un air de famille, qui, même au seul point de vue psychiatrique, permet de les reconnaître aisément ». Ils présentent en effet, avant tout autre signe, une *hyperactivité instable et infatigable*. Il semble qu'ils doivent travailler vite, sans aucun arrêt, sans aucune possibilité de repos. Ces malades « ne peuvent plus travailler lentement. Ils doivent tout faire vite, n'ont plus aucune patience, font plusieurs choses à la fois ». Ces malades outre leur agitation diurne, manifestent souvent une agitation nocturne. Dans leurs nuits, coupées d'insomnies, ils se lèvent, rangent leurs affaires, écrivent, sans suite, des propos désordonnés. En mê-

me temps, ils éprouvent une sorte d'inquiétude, qui est un premier pas vers l'angoisse.

Les troubles du caractère se dessinent rapidement : le basedowien devient irritable, hyperémotif, son affectivité s'exagère, s'exalte. Il existe cependant à ce moment une différenciation nette entre les actes du basedowien et ceux de l'hypomaniaque : chez celui-ci, nous assistons à un tableau d'instabilité euphorique, alors que le basedowien, dont la perturbation psychologique est cependant intense, conserve intacts son jugement et la conscience de ses troubles.

Faisant contraste au besoin d'activité intense du basedowien, nous nous trouvons fréquemment devant un malade en état de fatigue extrême, sans cependant que le repos lui soit permis. WELTI rappelle que, chez une de ses malades, l'un des premiers résultats de l'intervention chirurgicale, fut de permettre à cette basedowienne de goûter le charme du calme et du repos.

On peut donc dire qu'il existe dans la maladie de Basedow un éréthisme psychologique, nettement individualisé, et qui se tient tout entier dans le cadre des modifications somatiques de la maladie. En effet, il est très fréquent, pour ne pas dire de règle, de constater que l'hyperactivité psychologique va de pair avec l'augmentation du volume du cou, l'apparition des signes d'exophtalmie, et de tachycardie ou de palpitations, en même temps que, corrélativement s'installe l'amaigrissement progressif, souvent important.

Toutes les fonctions neuro-végétatives sont en mê-

me temps sujettes à un éréthisme parallèle : la soif, l'hypersudation, les diarrhées, l'éréthisme cardiaque et vasculaire, forment de la maladie de Basedow un tout, dans lequel tous les caractères concordent harmonieusement.

Cependant, outre les modifications psychologiques qui pourraient constituer ce que nous appellerons le « caractère basedowien », existe une catégorie de troubles mentaux particuliers, dont l'évolution cyclique ou paroxystique accompagne habituellement les manifestations évolutives de la thyroétoxicose, en en suivant le rythme, également cyclique ou en poussées aiguës.

C'est au cours de ces bouffées de thyroétoxicose que se situent, ceci étant la forme la plus élémentaire de l'état psychopathique, les poussées *confusionnelles*.

Ces poussées sont caractérisées par une désorientation dans l'espace et le temps, un trouble des perceptions, un état onirique, des hallucinations sensorielles de tous ordres. Un tel groupe de phénomènes est nettement de caractère toxique, et, aussitôt la bouffée thyroétoxique disparue, la poussée confusionnelle s'efface.

La diversité des troubles psychopathologiques que l'on peut enregistrer au cours de ces poussées confusionnelles est très étendue. WELTI a signalé l'existence d'un syndrome des fausses reconnaissances, une de ses malades prenant son beau-frère pour son père, sa mère pour sa sœur, et, hospitalisée à Paris, se croyait transportée à Lyon.

Des délires de dépersonnalisation ont été signalés, ainsi que des délires de persécution. Une malade avait de façon constante, le sentiment de la présence d'un personnage derrière son dos. Une autre se croyait poursuivie par Raspoutine, une autre voyait ses ennemis rassemblés autour de son lit.

Au cours des poussées thyrotoxiques, on a également enregistré des états confusionnels, avec torpeur pseudo-catatonique, bradyphasie, immobilité de la face avec bouche ouverte, incontinence sphinctérienne, état pseudo-comateux.

Tous ces états, ainsi que nous l'avons dit, ont pour caractéristiques de survenir au cours des crises thyrotoxiques, qui, si elles ne se terminent pas par la mort, régressent, et on assiste, parallèlement à la rétrocession des phénomènes de thyrotoxicose, à la disparition des troubles mentaux.

On note donc ainsi, un parallélisme étroit entre perturbations thyroïdiennes et troubles mentaux, ce parallélisme étant encore mis en lumière d'une manière plus évidente par un petit phénomène qu'il est important de rappeler :

Après intervention chirurgicale, on sait que, lorsqu'on a pratiqué une thyroïdectomie sub-totale, il se produit, pendant les quelques jours qui suivent l'opération, une poussée transitoire d'hyperthyroïdie. Or, en même temps que cette poussée, on note presque toujours, une réapparition transitoire d'un délire, qui ne s'efface qu'avec la disparition de la poussée d'hyperthyroïdie post-opératoire.

Le parallélisme entre les lésions thyroïdiennes et les troubles mentaux est encore affirmé par le fait que l'état psychopathique disparaît définitivement après l'intervention chirurgicale. WELTI en a signalé plusieurs cas, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a rapporté lui-même avec MM. GILBERT-BALLET, et DELMAS un cas dans lequel la guérison d'une confusion mentale fut parfaite après thyroïdectomie chez une basedowienne.

Il semble par contre qu'il soit difficile de rattacher à un syndrome basedowien ou à une étiologie basedowienne un cas comme celui qui fut rapporté en novembre 1935 à la Société Médico Psychologique par le Professeur CLAUDE et P. RUBENOVITCH. Il s'agissait, en effet, d'un délire systématisé de persécution remontant à 5 ans, évoluant d'une façon progressive, sans éléments confusionnels, ni atteinte du fond mental. Dans ce cas, partant de l'hypothèse concernant les relations entrevues par certains auteurs entre la tuberculose et l'hyperthyroïdie, le Professeur CLAUDE a tenté une thérapeutique basée sur la pyrétothérapie à l'huile soufrée. Il semblerait que le syndrome basedowien ait été amélioré et que le délire systématisé ait subi une rectification complète. Ce cas, qui devait être soumis à l'épreuve du temps pour qu'il soit possible d'affirmer une guérison définitive n'a pas, à notre connaissance, fait l'objet d'une communication ultérieure.

TROUBLES NERVEUX ET MENTAUX DANS LES GOITRES NON BASEDOWIENS

Comme nous l'écrivions au début du chapitre précédent, c'est l'épreuve du traitement qui permet de mettre en évidence la nature des troubles nerveux et mentaux liés au goitre non basedowien.

Nous nous trouvons, en effet, alors devant des malades pour lesquels le premier médecin consulté a été le psychiatre.

Nous avons vu que le tableau clinique psychopathique de la maladie de Basedow était étroitement délimité, et lié aux poussées d'hyperthyroïdie, pour les bouffées délirantes et confusionnelles, à la manifestation somatique du goitre et de l'exophtalmie pour les états d'hyperactivité, d'hyperémotivité et d'éréthisme neuro-végétatif.

Par contre, dans les goitres non basedowiens les manifestations psycho-pathologiques sont extrêmement polymorphes.

On constate, en effet, des troubles nerveux et mentaux offrant les caractères d'obsession avec anxiété, ou, simplement, de crises de larmes, de périodes

asthéniques, pouvant aller jusqu'à des myasthénies frustes, des céphalées, des vertiges, des palpitations. A un degré légèrement plus grave on assiste à des angoisses précordiales à type angineux, à des cénestopathies de tous ordres, à des paresthésies, à de l'hyperacousie douloureuse, à des troubles de la sensibilité générale et profonde, à une sensation curieuse de trémulations internes, à des états neurasthéniques vrais, susceptibles d'orienter le malade dans la voie du suicide.

Enfin, à un dernier degré l'hallucination devient constante, les phénomènes délirants peuvent offrir le caractère obsessionnel.

La multiplicité de ces troubles même, rend souvent difficile le diagnostic, de par leur complexité, leur variabilité, et la prolixité habituelle avec laquelle le malade les expose. Ce n'est alors que sur la constatation, à l'examen somatique, soit de l'existence d'un goitre, soit simplement de l'augmentation du volume de la thyroïde, que l'on peut baser ce diagnostic sur l'élément hyperthyroïdien. Parfois encore, en l'absence même d'un palper thyroïdien évocateur, on pourra se baser sur les sensations de constriction au niveau de la gorge que le malade pourrait accuser.

Cependant, il existe encore un cas dans lequel les manifestations nerveuses ou psychiques précèdent de longtemps la manifestation somatique d'une hyperthyroïdie. Il semblerait alors que le goitre ne soit que la manifestation secondaire d'un trouble nerveux central, peut-être d'origine hypophysaire. Le fait du

test thérapeutique, dans ces cas, se révèle négatif. L'exérèse du goître n'apporte aucune amélioration au syndrome neuro-psychique.

Il est à noter également que, devant ces malades polymorphes, on ne peut relever aucun des signes constitutifs du syndrome basedowien ; si parfois, une certaine instabilité du pouls peut être enregistrée, on ne relève pas de tachycardie, l'exophtalmie n'apparaît pas, il n'existe pas l'état brillant du regard qui précède parfois l'apparition de cette exophtalmie. En outre, signe assez particulier, on ne trouve pas la « main basedowienne » chaude et moite, mais la main froide, l'acrocyanose.

Enfin, la recherche du métabolisme basal donne des résultats se rapprochant de la normale ; l'amaigrissement est irrégulier et n'offre jamais le caractère réellement impressionnant qu'il peut affecter chez les basedowiens, mais ce syndrome particulier prend alors un caractère particulièrement obsédant, souvent cyclique, les malades passant de la boulimie à l'anorexie et inversement, de l'oligo à la polydypsie.

Pour résumer le caractère différentiel entre le pseudo-basedowien et le vrai basedowien, nous pouvons dire que le vrai basedowien est un psychopathe cyclique, dont les poussées névropathiques ou psychopathiques vont de pair avec les poussées thyrotoxiques, alors que le pseudo-basedowien se présente avant tout comme un névropathe ou un psychopathe, à symptômes multiples et intriqués avec la personnalité, l'évolution du syndrome neuro-psychopathique

se faisant en dehors de toute manifestation thyroïdotoxique.

Ajoutons enfin, qu'en règle générale, la thyroïdectomie n'a pas supprimé le syndrome névropathique ou psychopathique. Ou lorsqu'elle l'a fait, cela n'a été qu'à titre transitoire. Là où les troubles avaient disparu, il ne s'est agi que de rémissions passagères, et, après quelques mois et dans certains cas, après plusieurs années, le tableau neurologique ou mental est reparu dans son intégrité.

Nous pouvons donc, en conclusion de cette brève revue symptomatique affirmer que, dans la maladie de Basedow, le syndrome nerveux ou mental est tout entier conditionné par l'élément endocrinien à point de départ thyroïdien, et probablement, par interaction thyroïdo-hypophysaire, alors que chez les pseudo-basedowiens ou para-basedowiens ce syndrome n'est pas sous la dépendance d'une thyroïdotoxicose, mais semble entièrement lié à l'élément constitutionnel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — Dr. MAURER (*Inédite*).

Nous sommes appelé à voir une malade dans les conditions suivantes : Madame B..., 33 ans, est subitement, au cours de la soirée, saisie d'une terreur insurmontable. Habitante seule avec son mari dans une petite villa de la banlieue parisienne, elle est soudain convaincue que les chiens des voisins ont aboyé, et qu'elle a entendu des rôdeurs dans le pardin. Elle a même perçu le frôlement de leurs pas sous les fenêtres de la salle-à-manger, dans laquelle, le dîner terminé, son mari et elle écoutaient la T. S. F. Malgré les remontrances de son mari, lui objectant que la T. S. F., par son bruit même, devait l'avoir empêchée d'entendre les « frôlements » dont elle parle, elle semble en proie à une terreur de plus en plus aiguë. Le mari, pour la tranquilliser, prend un revolver dans un tiroir, une torche électrique, et se prépare à sortir, pour faire « une ronde dans le jardin ». A ce moment, elle se jette sur lui, s'accroche littéralement à lui : « Tu ne vas pas me laisser seule, avec ces assassins

qui rôdent »... Le mari décide de ne pas procéder à cette ronde, et, alors, les reproches l'assaillent : « Tu me laisserais assassiner sans même faire un mouvement ». L'agitation continue ainsi pendant une heure environ, avec des reproches volubiles, et des récits terrifiants de gens assassinés par des rôdeurs, dont on avait le lendemain matin, retrouvé les corps baignant dans leur sang ; puis tout-à-coup, la malade semble se calmer. Accompagnée de son mari, elle monte se coucher, mais celui-ci par précaution descend vérifier les verrous et les barres des volets. Quand il revient, il trouve sa femme hagarde, assise devant l'armoire à glace, les yeux exorbités, tremblant de tous ses membres, et ne semblant pas même le voir rentrer dans la pièce. Elle ne répond pas à ses questions, reste ainsi figée, les yeux fixés sur son image, puis brusquement, au bout d'environ dix minutes, fond en sanglots.

Après une nuit de larmes, le mari réussit à nous l'amener toujours pleurante, mais apparemment calmée de son agitation, et, comme dit le mari « trop immobile ».

Nous nous trouvons devant une malade effectivement immobile, mais dont les doigts sont agités d'un léger tremblement, et dont les yeux sont nettement sub-exophtalmiques. Pendant que nous interrogeons son mari, elle rit plusieurs fois d'un rire convulsif, et puis tout-à-coup s'agite, s'arrache les cheveux, et parle avec volubilité, des bandits qui sont venus la nuit dernière, et qu'elle a chassés « parce qu'il fallait

bien que quelqu'un les chasse, parce que la chasse était ouverte, et que son rôle était de chasser ».

Elle chante d'ailleurs un air de chasse, imitant le cor en gonflant les joues, crie « Taïaut, taïaut », et brusquement se met à rire « de l'air de matamore que son mari avait pris pour tuer les douze bandits qu'elle avait elle-même déjà tués, lui qui avait peur d'une souris quand il la rencontrait dans l'escalier ».

L'anamnèse ne semble révéler aucune tare, la malade est l'aînée de sept enfants, tous vivants. Le mari ignore si la belle-mère a subi des fausses couches. Le père est mort dans un accident d'automobile.

Notre malade a, paraît-il, été réglée assez tard, et a épousé son cousin germain (qui l'accompagne) à 18 ans. Une fausse couche de quatre mois, la première année du mariage. Depuis, plus de grossesse. Les règles sont disparues depuis un an, et à l'époque, elle a crû être enceinte, mais un diagnostic selon la méthode d'Asscheim-Zondek a démenti cet espoir. En même temps, apparaissait une légère hyperthyroïdie, mais il ne semble pas qu'on ait prêté attention à cette particularité à l'époque, autrement que pour le fait que la malade portait généralement un pendentif « serré autour du cou » dont la chaîne est « devenue subitement trop petite ».

La malade qui, jusqu'à cette époque, manifestait une humeur égale, était plutôt calme et renfermée, devient petit à petit exubérante, expansive, coléreuse, agitée. Le mari met cette transformation du caractère sur le compte « de la ménopause » qu'il trouve

bien précoce, mais son médecin habituel lui a dit qu'on « voyait cela assez souvent ».

L'état général est resté assez bon jusqu'à voici environ six mois, époque à laquelle la malade a commencé à maigrir, bien que son appétit soit maintenu, sinon exagéré. Le mari a constaté qu'à partir de la même époque la malade s'est souvent plainte de soif inextinguible.

La malade se laisse examiner avec amabilité, tout en se livrant à des discours emphatiques sur son état de santé éblouissante et en s'admirant elle-même pour son exploit de la nuit passée.

L'état basedowien, s'il n'est pas absolument typique est, cependant, manifeste. Le goître, modéré, est cependant nettement perceptible ainsi que le souffle thyroïdien au niveau des artères du cou. L'exophtalmie est également modérée, ainsi que la tachycardie, un léger souffle systolique pouvant être perçu à la pointe du cœur. Le tremblement digital est relativement modéré, mais on sent nettement aux extrémités une fibrillation musculaire, profonde, permanente. La tension artérielle est à 19-10, le pouls à 115.

Le mari accepte de placer sa femme « en clinique » pour quelques jours en observation. Le soir, devant une agitation accrue, on administre un calmant, qui semble agir un peu sur l'agitation générale, mais non sur la volubilité intarissable de la malade. Nous sommes désigné pour la visiter à différentes reprises au cours de la nuit, alors qu'une garde reste près d'elle en permanence. Vers une heure du matin, nous

sommes frappé du fait de la posture catalonique nettement antiphysiologique que prend la malade. Celle-ci est assise dans son lit, les yeux hagards, en pleine jargonophasie. Nous promenons devant ses yeux une lampe électrique de poche, en lui demandant de la suivre du regard, et, alors qu'elle commence à nous obéir, nous sentons qu'il existe une répulsion volontaire à poursuivre le mouvement, et elle détourne les yeux. Par moments, elle semble se débattre contre des ennemis qui l'entourent, se penche à droite et à gauche du lit, comme si elle voulait vérifier la présence de ses ennemis et se rejette vivement en arrière, avec un geste de défense, et un cri de terreur. A deux ou trois reprises, elle appelle au secours, joint les mains d'une manière implorante, les tord, est prise d'une crise de larmes, au cours de laquelle elle entrecoupe ses sanglots de jurons grossiers et d'insultes à l'égard de personnages inconnus.

Le lendemain matin, la crise de terreur semble passée. Elle a fait place à une euphorie agitée, la malade semblant toute réjouie, attrapant les infirmières au passage pour les embrasser, en leur répétant : « Je suis heureuse, la vie n'a jamais été aussi belle ! ». Elle chante à tue-tête, et, chose paradoxale chez cette femme bien élevée, chante de véritables chansons de corps de garde. Elle se lève à diverses reprises, « pour faire le ménage » bouscule les meubles de la chambre, se rend à la toilette, renverse un verre à dents, le brise, et se met immédiatement à pousser des cris de terreur. Elle bondit sur son lit, se drape dans des cou-

vertures, se recroqueville en position intra-utérine et reste ainsi plusieurs heures, grognant, entremêlant ses grognements de vociférations et de discours volubiles, se livrant de temps en temps à des attitudes clownesques hystériformes. En dehors de toute cette mimique, elle répond aux questions qui lui sont posées lorsqu'on découvre sa tête, et raconte facilement les événements de la journée précédente. Le seul fait paradoxal est qu'elle semble absolument affirmative quant à l'existence des bandits qui rôdaient dans son jardin.

La situation s'est maintenue pratiquement sans changement pendant 48 heures. A ce moment une partie du syndrome basedowien semble s'atténuer : la tachycardie se réduit, le pouls retombe à 80°, le battement des artères du cou diminue, cependant que les extrasystoles ne sont pas modifiées.

Devant la diminution des phénomènes, nous incitons sa famille à la présenter à un chirurgien ami, en vue d'une thyroïdectomie. La malade pratiquement calmée, chez laquelle l'agitation semble vouloir faire place à de l'abattement, sortie de son délire est transférée dans une maison de santé chirurgicale. Après quelques jours d'attente destinés à placer la malade dans de meilleures conditions opératoires, la situation du métabolisme basal permet l'intervention. Celle-ci consiste (Dr M., chirurgien) en une thyroïdectomie totale d'un côté, sub-totale de l'autre. Suites opératoires normales. Guérison sans histoire.

La malade a été revue par nous quelques semaines

avant la guerre, soit un an et deux mois après intervention. Elle n'a jamais, depuis cette opération chirurgicale, manifesté le moindre trouble nerveux ou mental. L'exophtalmie a nettement rétrogradé, la tachycardie est disparue, le pouls est à 70-80, avec légères impulsions émotives, bien frappé. La malade conserve un souvenir très net de sa bouffée délirante, et le seul reliquat est l'affirmation de l'existence certaine des bandits qu'elle a combattus. Seul fait à signaler : les règles sont réapparues avec un rythme normal de 28 jours, assez abondantes et indolores. La malade rêve maintenant d'avoir un enfant et nous ne nous reconnaissons pas le droit de le lui déconseiller, la thyroïdectomie ayant éliminé les risques du basedowisme.

OBSERVATION N° 2. Dr. B. (Inédite).

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans dont l'histoire clinique se résume au fait suivant :

Depuis deux ans, légère augmentation du volume du cou, qui n'est devenu notable que depuis quelques semaines. En même temps, quelques phénomènes subjectifs et objectifs, parmi lesquels à noter surtout une sensation indéfinissable de malaise et une sudation abondante particulièrement constatable aux paumes des mains.

Pas d'antécédents pathologiques : une rougeole et la coqueluche dans l'enfance, quelques bronchites.

Les antécédents familiaux sont plus importants en raison du fait que sa mère a eu au moins 4 fausses-couches. Son père est mort d'ascite cirrhotique après une longue vie d'alcoolisme.

A l'heure actuelle, elle se plaint de palpitations, d'un tremblement digital qui l'empêche de poursuivre son métier de fleuriste (elle casse les branches des fleurs fragiles), transpiration intense des extrémités, menstruations très abondantes et particulièrement douloureuses. Céphalées continuelles, quelques troubles visuels, et particulièrement ce qu'elle appelle des troubles nerveux et « de la tête ».

A l'examen subjectif, nous nous trouvons de toute évidence devant une belle jeune fille, bien conformée, non amaigrie, alors qu'en dehors de cet aspect particulier elle présente tous les signes objectifs du goître exophtalmique : l'exophtalmie est nette, le regard particulièrement brillant ; la thyroïde est augmentée de volume, nettement perceptible à l'œil nu. Tremblement net de la langue, des paupières à l'occlusion, des extrémités des membres supérieurs. Sensation de « danse » intra-artérielle. La tachycardie est à 110, subissant des oscillations au fur et à mesure que se déroule notre examen. Le réflexe oculocardiaque est très nettement positif. Tension artérielle 12-8 au Vaquez. Léger renforcement du deuxième bruit aortique dans le 5^e espace intercostal, à la ligne mamillaire, perceptible à la palpation. Rien de particulier quant aux autres organes. Rien d'anormal au point de vue des réflexes. Les sensibilités su-

perficielle et profonde sont maintenues. La malade accepte d'entrer en clinique pour quelques jours.

Les examens du liquide céphalo-rachidien, du sang et de l'urine ne donnent rien d'intéressant à signaler. Le métabolisme basal est augmenté de 25 %.

Le lendemain de son entrée, la malade qui est à ce moment extrêmement agitée, nous explique que depuis quelques mois, et à diverses reprises, elle a eu « des crises d'agitation très violentes, qui l'ont poussée à aller se réfugier chez une de ses tantes qui, malheureusement, est actuellement absente de Paris, ce qui explique qu'elle est venue nous trouver, au lieu d'aller chez cette tante ». Les détails qu'elle nous donne, quant à ses crises d'agitation, sont précis : elle ne peut pas tenir en place, éprouve le besoin de parler, entend des voix qui l'insultent, et sent la nécessité de leur répondre, ce qui a amené ses voisins à se plaindre du bruit qu'elle faisait. « Ses voisins, d'ailleurs, sont des complices de ses ennemis et il est incontestable qu'ils essayent par tous les moyens de lui nuire. D'ailleurs, elle se vengera, car elle les a dénoncés au Commissaire de police, qui lui a promis qu'il ferait le nécessaire pour que ces sales gens aient à se repentir ». Elle est d'ailleurs tellement sûre de cette haine qu'elle sent monter autour d'elle, qu'elle en éprouve une sorte de pressentiment « sa gorge se contracte pendant quelques jours au moment où elle s'aperçoit que les gens lui en veulent plus que d'habitude, ce qui est la preuve que Dieu lui envoie une angoisse prémonitoire, car elle est « bien avec Dieu » depuis son voyage à Lourdes ».

Nous n'avons aucune peine à attribuer aux poussées d'hyperthyroïdie la sensation subjective d'angoisse, qui s'accompagne, chez notre malade, de bouffées délirantes. Quelques jours plus tard, le métabolisme basal est passé à + 50 %, l'agitation de la malade est intense.

Les idées délirantes affluent. Il existe une logorrhée incessante, de jour comme de nuit, avec jargonophasie, coprolalie, idées de persécution extériorisées par la mimique et la parole. En même temps, les accès de terreur sont entrecoupés de crises euphoriques, au cours desquelles la malade est d'une gaieté exubérante, utilisant un ton déclamatoire pour exprimer des pensées banales, mettant en vers les actes les plus banaux de l'existence :

« Pardonnez-moi, Madame, maintenant je vous dé-
[range

« Passez-moi mon assiette, car il faut que je mange. »

Et, immédiatement après cette déclamation, style Comédie-Française, elle crie sur un ton non moins emphatique : « Eh bien ! Victor Hugo, que penses-tu de moi ? Tu n'étais que de la gnognotte auprès de moi. » Cette crise emphatique est immédiatement suivie d'une crise de terreur au cours de laquelle, cette fois, le nom de Victor Hugo est mêlé aux vociférations adressées aux ennemis. Il y a deux acteurs de cinéma, en particulier, qui font partie de ses ennemis et lui semblent spécialement dangereux : Clark Gable et Armand Bernard. Celui-ci lui jette des flèches, tous les soirs, et elle sent ses flèches lui traver-

ser le cou, et c'est pour cela « qu'elle a toujours la gorge qui se serre et qu'en même temps elle sent ses yeux qui se gonflent car il a des doigts en tire-bouchon ». Elle accueille son médecin avec des cris de joie, en l'appelant Robert, et en lui reprochant de ne pas venir plus souvent la voir, puisque « maintenant qu'ils sont fiancés, c'est à lui de se montrer empressé et non plus à elle de lui faire des avances ». Ses mimiques sont alors franchement obscènes, érotiques au dernier degré, et il faut toute l'autorité d'une infirmière pour l'empêcher de se mettre complètement nue, obtenir d'elle qu'elle se recouche et, alors, elle se masturbe avec violence en criant : « Robert, c'est pour toi ! » Nous n'avons jamais pu, au cours de nos interrogatoires, mettre la malade suffisamment en confiance pour savoir quel rôle un nommé Robert avait pu jouer dans sa vie.

La bouffée délirante dont nous avons été témoin a duré une dizaine de jours. A partir du 5^e jour, la malade est devenue franchement anorexique. Les périodes d'agitation se sont faites plus rares au cours de la journée, la malade restant accroupie en tailleur sur son lit, les yeux fixes avec souvent un regard extatique. Par contre, les nuits étaient particulièrement agitées. L'alimentation rectale a été pratiquée, surtout dans le but d'éviter une déshydratation, en raison des sudations constantes et profuses de la malade. Néanmoins, la perte de poids a atteint 9 kilos en 5 jours.

La période délirante disparue, la malade reste profondément abattue, prostrée, et la convalescence

demande plus de trois semaines avant de permettre la sortie de cette jeune fille dans un état général relativement satisfaisant.

Nous n'avons pas revu cette malade, mais avons appris que 6 mois après sa sortie de notre clinique, elle succombait, emportée en quelques jours au cours d'une crise thyrotoxisque, dont la rapidité même interdit, à ceux qui la virent à l'époque, toute tentative thérapeutique.

- - - - -

CONSIDERATIONS PSYCHO-PATHOGENIQUES

S'il est assez difficile, en l'état actuel de nos connaissances, de définir exactement le rôle que joue la maladie de Basedow dans l'éclosion de ces troubles mentaux, il semble bien toutefois possible de lier le syndrome psycho-pathologique enregistré dans nos deux cas à des poussées d'hyperthyroïdisme au cours du goître exophtalmique.

Nous nous trouvons bien, en effet, devant des cas similaires à ceux rapportés par le professeur LAIGNEL-LAVASTINE à deux reprises différentes, ou à ceux auxquels fait allusion WELTI dans le travail publié par lui dans la *Presse Médicale*, avec ses collaborateurs du Service du professeur agrégé LARDENNOIS et du service de M. BARUK de la Maison Nationale de Saint-Maurice. Il semble évident, en effet, que la plupart des perturbations thyroïdiennes, dans lesquelles existe un état de thyréotoxicose, puissent s'accompagner de psychoses thyroïdiennes. Mais encore faut-il que la thyréotoxicose soit d'un caractère suffisamment grave et, dans ces cas, nous assistons toujours à l'apparition soit d'un basedowisme fruste, soit d'une maladie de Basedow nettement diagnostiquée.

Si, d'autre part, un syndrome de Basedow survient chez un malade présentant un terrain psychopathique, ou que ce syndrome se greffe sur un goitre ancien avec troubles nerveux et mentaux, l'élément basedowien renforce alors les troubles psychiques antérieurs ou révèle certaines constitutions psychopathiques latentes. Ce n'est que très rarement que les troubles psychiques des hyperthyroïdies simples pourront présenter l'aspect particulier noté chez les psychopathes pseudo-basedowiens.

Nous avons déjà indiqué que c'est l'épreuve de la thérapeutique chirurgicale qui permet un diagnostic différentiel. La thyroïdectomie sub-totale fait disparaître chez les véritables hyperthyroïdiens les accidents confusionnels et psychopathiques. Par contre, chez les pseudo-basedowiens, l'opération est susceptible d'aggraver les troubles psychiques, et, d'autre part, de créer chez ces malades un état biologique entretenant chez eux des troubles d'ordres divers qui contribuent à entretenir la psychopathie.

D'autre part, enfin, il importe de se montrer particulièrement prudent lorsque l'on se trouve en présence d'une maladie de Basedow compliquée d'accidents psychopathiques, conditionnés par un terrain psychopathique latent ou déjà décelé. Dans des cas de ce genre, la thyroïdectomie est, certes, nécessaire, et WELTI constate qu'elle lui a donné, dans ces circonstances, d'excellents résultats. Elle doit être pratiquée, lorsqu'on parvient à cette intervention, moins étendue et moins large que chez des malades anté-

rieurement normaux. Il semble, en effet, qu'un léger hyperfonctionnement thyroïdien est mieux supporté par les psychopathes qu'une hypothyroïdie, si fruste soit-elle.

Quel est le rôle joué par la thyroïdectomie ? Il est encore mal éclairci. Il est évident que cette intervention modifie profondément les actions sympathiques dans la sphère céphalique, et ces modifications vasomotrices ont certainement un retentissement sur l'état mental pathologique. L'abaissement du métabolisme basal et l'élévation du taux du cholestérol sanguin sont également des facteurs importants de guérison des troubles psychopathiques. Rappelons, en effet, que, dans les psychoses, on a souvent noté une élévation du métabolisme basal et une hypercholestérimie. Toutefois, il ne s'agit là que d'hypothèses, qui resteront d'ailleurs telles jusqu'à ce qu'il soit possible de définir, d'une manière précise, le mécanisme biologique des psychoses, ce à quoi tant de chercheurs s'attachent, sans que, jusqu'à présent, des résultats positifs aient pu être atteints.

CONCLUSIONS

Nous venons de rapporter deux cas de poussées psychopathiques au cours de syndromes de Basedow, nettement caractérisés. L'examen de ces deux cas nous a amené à procéder à une révision des données acquises concernant les troubles nerveux et mentaux apparaissant au cours des maladies de Basedow véritables, ou des syndromes basedowiformes.

Nous avons constaté, d'après la littérature consultée, et nous confirmons par les cas que nous présentons que, au cours de la maladie de Basedow véritable, peut exister un éréthisme psychologique, évoluant parallèlement aux modifications somatiques de la maladie, et susceptible de se transformer en un syndrome mental, dont les manifestations peuvent être aussi polymorphes que sont polymorphes les constitutions psychopathiques individuelles.

En règle générale, il semble que la bouffée confusionnelle de la maladie de Basedow s'efface en même temps que régressent les manifestations somatiques de la thyroétoxicose.

Nous avons, dans l'un de nos cas, signalé l'apparition d'un syndrome des fausses reconnaissances. Dans l'autre, c'est la notion de persécution, ou tout au moins de la présence d'ennemis « connus et définis » selon le terme de PENDE qui dominait le tableau psy-

cho-pathologique. Mais dans l'un et l'autre cas, il subsistait, après disparition de l'élément confusionnel et hallucinatoire, un souvenir précis de l'hallucination suffisamment ancré dans le psychisme des malades pour se muer en une présomption de crédibilité.

Ce souvenir de l'hallucination, joint au fait de la parfaite conscience *immédiate* du délire, caractérisent à nos yeux les phénomènes psychopathiques des thyroétoxicoses, et s'opposent aux éléments amnésiques du syndrome psychique qui constitue la bouffée délirante des syndromes basedowiformes. L'épreuve de la thyroïdectomie vient ajouter à cette « présomption d'origine » en supprimant les récurrences délirantes chez les vrais basedowiens, en exagérant fréquemment le syndrome mental chez les pseudo-basedowiens.

Nos considérations pathogéniques sont entachées d'erreur, du fait de la méconnaissance relative dans laquelle nous nous trouvons encore quant aux interrelations endocrino-psychiques, mais elles n'ont tenté que de faire la mise au point des données acquises, sur ce chapitre de la psychopathologie, en rapportant les hypothèses émises à ce sujet.

Vu : Pour le Doyen

L'Assesseur,

A BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,

LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ARSIMOLES ET LEGRAND. — Troubles mentaux et maladie de Basedow. *Ann. méd. psychol.*, 1914, V, 154-168.

BETZENDAHL W. — Umweitempfinden und Eigenbeziehung bei einer Basedowpsychose. *Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol.*, 96 : 129-142, juillet 1937.

BORIANNE L. — Considérations sur les troubles mentaux dans la maladie de Basedow. Thèse Toulouse, 1908.

BRAM I. — Goiter and psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 86 : 152-161, août 1937.

CLAUDE H. ET RUBÉNOVITCH P. — Syndrome basedowien. Délire systématisé de persécution remontant à 5 ans. Rectification complète du délire à la suite de pyrétothérapie à l'huile soufrée (présentation de la malade). *Sté Médico-Psychologique*, séance du 14 novembre. In : *Ann. méd. Psychol.*, novembre 1935.

DALMAS L. — Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. Thèse Paris, 1909.

DENY G. ET MERKLEN P. — Goitre exophtalmique et psychose maniaque dépressive. *Encéphale*, 1909, 84-88.

- FAYRE J. — Les troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. Thèse Toulouse, 1905.
- FRIEDMANN J.-H. ET KANZER M. — Thyrotoxicosis with psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 85 : 30-35, janv. 1937.
- HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le goitre exophtalmique classique et dans l'état basedowoïde. *Rev. Neurol.*, 1912, XX, 327-331.
- KAT W. — Psychoses dans la maladie de Basedow. *Psychiat. en neurol.*, bl. n° 1 a, pp. 161-176, 1936.
- LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER, GALLOT H.-M. ET MIGNOT H. — Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow. *Ann. méd. psychol.*, 96 : 188-192, fév. 1938.
- MARQUIS SÉBIE E. — Les troubles psychiques basedowiens. Thèse Montpellier, 1912.
- MONDIO E. — Contributo allo studio delle psicosi da Basedow. *Ann. di neurol.*, 1920 : 156-168.
- NAGY M. — Über die Basedow-psychose. *Psychiat. Neurol. Wchnschr.*, 35 : 65-72, 11-2-33.
- PARHON C. et MARBE S. — Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow. *Encéphale*, 1906, 459-478.
- PERRIN M. ET BLUM P. — Maladie de Basedow et hallucinations. *Rev. méd. de l'Est*, 1906, XXXVIII, 29-31.
- PONDE E. — Das perturbações mentaes síndrome Basedowiana. *Bahia méd.*, 6 : 154-157, août 1935.

SCHACHTER M. — Syndrome convulsif schizophrénique passager chez une malade hyperthyroïdienne. *J. de méd. de Paris*, 57 : 773-774, 21-10-37.

SOMOGYI I. ET BAK R. — Psychoses basedowiennes. *Orvosi Hetil.*, 81 : 790-792, 31-7-37.

TAUBMANN J. — Les états psychiques morbides et les véanies dans la maladie de Basedow. Thèse Paris, 1903.

VAN DER BEEK M. — Psychose chez une basedowienne. Guérison par l'œstrogène. *Nederl. tijdschr. v. geneesk.*, 83 : 175-180, 14 janvier 1939.

WELTI H., BARUK H. ET MATHEY Y. — Diagnostic des troubles psychiques basedowiens et des faux syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical. *Presse Médicale*, 46 : 1036-1038, 29-6-38.